

ANNEE 1969

THESE

N^o

832

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Simon, Alain, MSIKA

né le 14 Août 1937 à La Goulette (Tunisie)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

CONTRIBUTION A L'ETUDE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE DE
LA VAGOTOMIE DANS LE TRAITEMENT DE L'ULCERE DUODENAL
COMPLIQUE DE STENOSE DU PYLORE

Président : J.L. LORTAT-JACOB, Professeur

ANNEE 1969

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Simon, Alain, MSIKA

né le 14 Août 1937 à La Goulette (Tunisie)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**CONTRIBUTION A L'ETUDE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE DE
LA VAGOTOMIE DANS LE TRAITEMENT DE L'ULCERE DUODENAL
COMPLIQUE DE STENOSE DU PYLORE**

Président : J.L. LORTAT-JACOB, Professeur



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Coste (F.), Debré (R.), Dechaume (M.), Galliard (H.), Gaudard d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lacomme (M.), Lamy (M.), Laroche (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Maduro (R.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Turpin (R.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET
1^{er} ASSESSEUR Daniel BARGETON
2^e ASSESSEUR Jean GOSSET

A. — CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
à titre personnel	CABROL (Ch.)
— —	OLIVIER (G.)
Anatomie et Cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
à titre personnel	NEZELOF (Ch.)
— —	ORCEL (L.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
— —	DESGREZ (P.)
— —	POLONOVSKI (J.)
Chimie Pathologique	SCHAPIRA (G.)
à titre personnel	CARTIER (P.)
— —	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale (à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
— —	HARTMANN (L.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DJOURNO (A.)
— —	DOGNON (A.)
à titre personnel	KELLERSHOHN (L.)
— —	GOUGEROT (L.)
— —	ROUCAYROL (J.-Cl.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histologie et Embryologie	COUJARD (R.)
— —	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
à titre personnel	RACADOT (J.)
Microbiologie	FASQUELLE (R.)
Bactériologie et Virologie	TOURNIER (P.)
à titre personnel	BARBIER (P.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
à titre personnel	LÉPER (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)

	MM.
Physiologie	BARGETON (D.)
—	MALMEJAC (J.)
—	PARROT (J.)
à titre personnel	DEJOURS (P.)
Physiologie et biologie appliquée aux sports	SCHERRER (J.)

B. — CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1^o MÉDECINE

Biologie médicale.	FAUVERT (R.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	GOURY (Ch.)
Hygiène et Médecine préventive.	BOYER (J.)
Médecine du Travail.	DESOILLE (H.)
Médecine légale, droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Pathologie exotique.	BRUMPT (L.-G.)
Pathologie médicale.	BUGE (A.)
— —	BRICAIRE (H.)
— —	CORNET (A.)
— —	HOUSSET (E.)
— —	LAROCHE (Cl.)
à titre personnel	AZERAD (E.)
— —	BOUR (H.)
— —	BROCARD (H.)
— —	CAROLI (J.)
— —	FACQUET (J.)
— —	LAMBLING (A.)
— —	LAUNAY (Cl.)
— —	PAYET (M.)
— —	PERRAULT (M.)
— —	SIGUIER (F.)
— —	WORMS (R.)
— —	BOUVIER (J.)
Pathologie respiratoire.	TURIAF (J.)
Pathologie et Thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée.	MARCHE (J.)

Chaires de Cliniques :

Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
— — (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis).	DUPERRAT (F.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard).	MOLLARET (P.)
à titre personnel	BASTIN (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
à titre personnel (neuro-psychiatrie).	PICHOT (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Clinique neurologique (Salpêtrière).	GARCIN (R.)
à titre personnel	LHERMITTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)

	MM.
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
à titre personnel (hématologie)	ANDRÉ (R.)
— — —	BOUSSER (J.)
— — —	DREYFUS (B.)
Bicêtre.	DEPARIS (M.)
Broussais.	MILLIEZ (P.)
Cochin.	PÉQUIGNOT (H.)
Cliniques médicales } Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
} Pitié.	DREYFUS (G.)
} Saint-Antoine.	BOUDIN (G.)
} —	CONTE (M.)
} —	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique et Séméiologie médicales (Antoine-Chantin).	DOMART (A.)
Séméiologie médicale (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Clinique d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat).	DEBRAY (Ch.)
à titre personnel	GIBERTON (A.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu).	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
à titre personnel	RICHE (G.)
— —	CROSNIER (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	ROYER (P.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades).	MOZZICONACCI (P.)
Clinique médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BRISAUD (H.)
à titre personnel	LESOBRE (R.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Hygiène et Clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
à titre personnel	POLONOVSKI (Cl.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec).	BROUET (G.)
à titre personnel	KREIS (R.)
— —	MEYER (A.)
Clinique de rééducation motrice.	GROSSIORD (A.)
Electroradiologie	LEDOUX-LEBARD (M.)
—	LEFEBVRE (J.)
Radiologie médicale.	DESGREZ (H.)
à titre personnel	FISCHGOLD (H.)
— —	TUBIANA (M.)
— —	CHERIGIE (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin).	DELBARRE (F.)
Clinique rhumatologique (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique toxicologique (Fernand-Widal)	GAULTIER (M.)

20 CHIRURGIE

Anesthésiologie	VOURO'H (G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
— —	KUSS (R.)
— —	N...
à titre personnel	RAMADIER (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	MORIN (P.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	MONSAINGEON (A.)

Chaires de Cliniques :

Clinique carcinologique (Gustave-Roussy)	DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
à titre personnel	BRÉHANT (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	— BAUMANN (J.)
	Cochin LÉGER (L.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière SIGARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)
— — — (Saint-Louis)	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
— — — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique traumatologique et orthopédique (Raymond-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
à titre personnel	GHIGOT (P.-L.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
à titre personnel	GAUDART D'ALLAINES (Cl. de)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique obstétricale (Baudelocque)	LEPAGE (F.)
— — (Saint-Antoine)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
à titre personnel	LEBEAU (J.)
Clinique ophtalmologique (Cochin)	BRÉGEAT (P.)
— — (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	GERNEA (P.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	OUVELAIRE (R.)

C. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie	GILLOT (Cl.)	Médecine générale	AUSSANNAIRE (M.)
Anatomie pathologique . .	GOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (Q.)
Bactériologie	LE MINOR (L.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.) PELLERIN (P.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	{ DURAND (J.) GIRARD (Fr.) HUGELIN (A.)
Hématologie	{ BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (B.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)
Hygiène	{ BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.)	Pharmacologie	SCHMITT (H.)
Médecine légale	{ CECCAL P.) HADENGUE (A.) FOURNIER (E.)		

D. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

	MM.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

E. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D.)
Néphrologie	MAXWELL (M.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mme FORGET (F.), Miles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), Miles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), LE QUANG LINH (G.), REUGE (M.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551519_0034

A mon Père,

A ma Mère,

Pour la Vie,
Pour l'Amour,
que vous m'avez offerts.

Pour les sacrifices,
Pour les joies,
Pour tous ce que je vous dois.

A ma soeur Janine

Puisse-t-elle trouver ici l'expression
de ma tendre reconnaissance.

A mes Soeurs.

A mes frères Edmond et Gérard, étudiants en Médecine.

A ma Femme,

pour sa douce sérénité.

A mes Enfants,

pour leur rayonnante présence.

Au Professeur J. L. LORTAT-JACOB

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté

Chirurgien, Chef de Service à l'hôpital Beaujon

Membre de l'Académie de Chirurgie.

En hommage à l'immense honneur qu'il a bien voulu me prodiguer en agréant le sujet de cette thèse et en assumant la présidence de son élogieux jury.

A mes Maîtres,

Qu'ils veuillent trouver ici
mes hommages respectueux
et ma fierté de pouvoir
leur manifester ma gratitude
pour leur enseignement.

A mes Maîtres, à Tunis :

Le Docteur Saïd MESTIRI,

Ancien Chef de Service de Chirurgie
de l'Hôpital Habib Thameur - Tunis -

Pour avoir bien voulu guider mes premiers gestes
chirurgicaux.

Pour sa compétence et ses qualités de coeur.

Le Docteur Roger GANEM,

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Membre Associé National de l'Académie de Chirurgie,
Ancien Chef de Service de Chirurgie
à l'Hôpital Habib Thameur - Tunis -

En hommage à tout ce que je lui dois,
puisse-t-il trouver dans ce modeste travail
dont il a bien voulu choisir le sujet,
le mariage ultime de deux réalités qui ont
rempli sa vie : la Tunisie et la Chirurgie.

Le Docteur Mohamed FOURATI,

Chef de Service de Chirurgie

à l'Hôpital Habib Thameur - Tunis.-

Pour le dynamisme et la compétence de
son enseignement,

Pour l'élégance et la précision du geste
chirurgical qu'il a toujours exigées,
Puisse-t-il trouver ici l'expression de
ma reconnaissance et de mon respect.

Le Docteur Hachemi AYARI,

Chef de Service de Gastro-Entérologie

à l'Hôpital Habib Thameur - Tunis

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Qu'il trouve ici mes vifs remerciements
pour la diligence qu'il a mis à assouplir
ma tâche et pour m'avoir permis le libre
accès à ses archives.

A mes Collègues,

A mes Amis,

par qui j'ai tant appris.

I N T R O D U C T I O N

La sténose du pylore, complication ou révélation d'un ulcère duodénal est une indication formelle au traitement chirurgical.

Elle constitue encore à l'heure actuelle la contre-indication formelle et classique de la vagotomie.

L'objet de ce travail est de montrer les suites opératoires en confrontant clinique et radiologie à propos de :

- 68 vagotomies, toutes associées à une gastro-entérostomie, effectuées à l'Hôpital Habib Thameur à Tunis depuis 1960 à 1967.

Nous préciserons que cette série est triée d'archives de dossiers rejetés s'ils paraissaient incomplets. Pour la même période le registre des comptes-rendus opératoires dénombre facilement le double des cas de sténoses opérées par vagotomie et gastro-entérostomie et ce, sans compter ceux de 1968 et 1969 en cours.

Intervention facile, bénigne, devenue de pratique quotidienne et banale dans le traitement de l'ulcère duodénal même compliqué de sténose pylorique, la vagotomie, en Tunisie constitue à beaucoup d'égards une opportunité de choix par rapport à la gastrectomie classique des deux tiers, semblant abusive pour une affection qui ne mérite pas cette mutilation invalidante.

H I S T O R I Q U E

La vagotomie devient, associée à un mode de drainage gastro-intestinal, le traitement de plus en plus employé de l'ulcère duodénal.

Mais pour plusieurs auteurs ses indications sont très limitées quand l'ulcère duodénal est compliqué de sténose pylorique.

Nombreux sont les auteurs qui la contre-indiquent dans ce dernier contexte :

En 1947 : MOORE, CHAPMANN

SCHULZ and JONES

1959 : BERGIN and JORDAN

1964 : KRAFT and DEWEESE

1965 : CAPPER.

En France :

- OLIVIER fait, le premier, en France, de la vagotomie la contre-indication majeure dans la sténose du pylorique compliquant l'ulcère duodénal.

- 1964 : MIALARET la contre-indique, mais lui trouve certaines indications découlant des contre-indications de la gastrectomie.

Depuis, un nouveau courant se fait en faveur de la vagotomie dans la sténose du pylore d'origine ulcéreuse duodénale.

DONNEES ETIOLOGIQUES GENERALES

Sur nos 68 patients opérés :

- 43 furent seulement revus jusqu'à la fin de leur reprise de travail ou de leurs occupations, puis disparurent.
- 25 furent revus à long terme, questionnés tous sur le même mode non inducteur et radiographiés.

1°) Sexe :

Dans la série, nous avons dénombré 59 hommes et 9 femmes.

2°) - Age :

La pyramide des âges en donne la répartition au moment de l'intervention

Nombre de Mal.

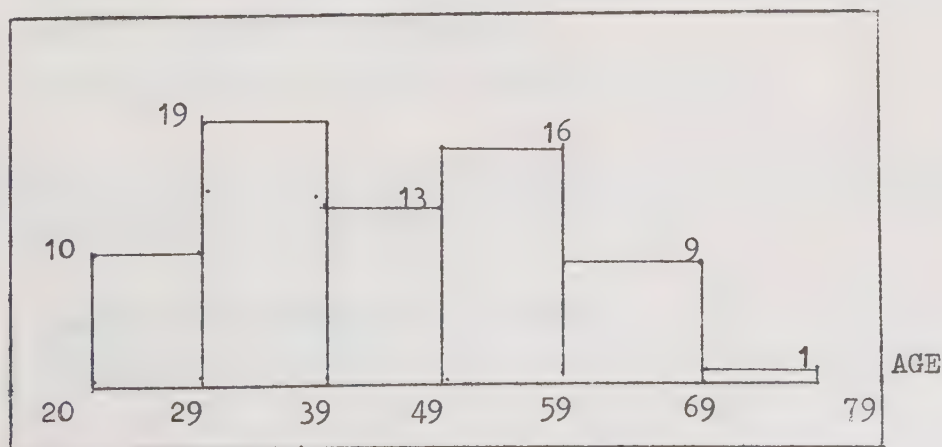


Tableau I - Pyramide des âges

3°) Il nous a paru intéressant de signaler que :

- 60 patients étaient des ulcéreux connus et résistants au traitement médical bien conduit et bien suivi, ou, n'ayant pas suivi leur traitement ont disparu pour réapparaître à la consultation de gastro-entérologie. Tous en état de sténose serrée.

- Une malade ulcéreuse non connue a consulté pour des vomissements incoercibles (à la radio : Sténose filiforme, estomac au pelvis)

- 3 malades ulcéreux connus depuis des années entrent en urgence pour syndrome hémorragique.

- En 1962 : le premier âgé de 50 ans pour moelena

Antécédents :

1934 : Hématémèse + Moelena

1951 : Suture d'une perforation

(la radio met en évidence une absence totale de passage pylorique et un estomac monstrueux).

- En 1963 : le second, 67 ans, pour moelena associé à un mauvais état général.

- En 1966 : le troisième, 70 ans, pour une hématémèse qui s'est renouvelée quelques jours après.

(la radio montre la même sténose sévère).

- 4 patients sont hospitalisés en urgence pour réanimation intensive, dans un tableau réunissant les éléments suivants :

- mauvais état général avec cachexie

- deshydratation grave

- Azotémie élevée ayant atteint 1,45 g pour un malade
- Ionogramme sanguin très perturbé avec abaissement global du Cl^- , Na^+ , K^+
- Protides compris entre 59 et 64 g/l.

II - DONNEES CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES

Toutes les sténoses opérées dont fait état ce travail étaient toutes serrées, constituées par ulcère chronique parfois encore évolutif sur un mode aigu.

A - LE DIAGNOSTIC CLINIQUE

Facile chez l'ulcéreux connu, est basé sur des signes que nous avons considérés pour suivre ces malades après l'intervention.

1°) Les douleurs : habituellement épigastriques calmées par

2°) Les vomissements : contenant des aliments ingérés parfois depuis plusieurs jours.

3°) L'état général : tous avaient maigri et leur état général était sensiblement altéré.

B - LE DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

Tous les malades avaient les grosses images typiques d'estomac de stase des sténoses graves parfois même historiques.

Plusieurs points de détails seront pris en considération et comme référence pour les suites:

1°) La quantité de liquide de stase dans lequel la baryte tombe en gros flocons

2°) Le bas-fond gastrique : abaissé, élargi et dilaté sans passage pylorique

3°) La cinétique gastrique très diminuée ou localisée voire inexistante.

4°) Le retard à l'évacuation

5°) Quant à l'ulcère, bien que 63 malades étaient des ulcéreux connus et radiographiés, il fut impossible à voir pendant la sténose.

Tous ces diagnostics furent vérifiés par la laparotomie.

III - MODALITES OPERATOIRES

A - LA PREPARATION A L'INTERVENTION

soigneuse, nécessite habituellement 3 jours à une semaine employée à

1°) La restauration de l'équilibre hydro-électrolytique et protidique
avec apport énergétique

2°) La vidange gastrique
par des lavages d'estomac journaliers voire bi-journaliers au sérum physiologique ou simplement à l'eau salée.

B - PROTOCOLE OPERATOIRE

1°) Anesthésie générale

Elle a été faite au penthotal, le malade portant une intubation trachéale et une intubation oeso-gastrique par voie nasale pour servir de guide au repérage oesophagien et d'aspiration pendant l'intervention.

2°) Voie d'abord

Laparotomie médiane sus-ombilicale habituelle.

3°) L'exploration

Les compte-rendus opératoires font état de :

a) La répartition anatomique de l'ulcère

Situation de l'ulcère	Nombre de cas
Face antérieure bulbe	17
Face postérieure bulbe	8 (1 perforé pancréas)
Post-bulbaire	9
Bulbe sans précision	31

TABLEAU II montrant la répartition anatomique de l'ulcère
sténosant

b) La perméabilité pylorique

Etat de la sténose	Nombre de cas
Serrée	32
Incomplète	13
Ulcère sténosant sans précision	20

TABLEAU III : Etat de la sténose

- Dans 3 cas la sténose était réelle cliniquement et radiologiquement mais à la laparotomie le pylore était perméable avec au niveau de l'ulcère duodénal de très gros remaniements de périudodénite qui réduisaient la lumière duodénale.

c) Rarement de la taille de l'ulcère :

Dans 13 cas il était fait état d'ulcères énormes, calleux et dans 3 cas de petits ulcères de la face antérieure duodénale dont un semblant cicatriciel.

d) D'association de lithiase vésiculaire découverte opératoirement dont il a été pratiqué la cholécystectomie, de gastrite hémorragique (deux cas).

4°) La vagotomie

C'est par elle que débute l'intervention, exécutée par voie trans- hiatale.

Techniquement simple, toujours bilatérale :

- la plus complète possible (surtout pour le pneumogastrique gauche)
- la plus haute possible à travers l'orifice hiatale en exerçant une traction sur l'estomac vers le bas, de préférence le plus près possible de la petite courbure pour attirer l'oesophage thoracique et les pneumogastriques vers l'abdomen.

Le palper dans cette intervention est primordial, les nerfs X se présentant sous l'index comme des cordes qui se tendent sous la traction gastrique vers le bas.

Un prélèvement a été fait pour chacun des troncs ou des filets.

L'histologie est revenue négative dans 1 cas.

Il n'a pas toujours été fait malheureusement, de réfection de l'angle de His .

5°) La dérivation complémentaire

a été invariablement pour les 68 opérés une gastro-entérostomie :

- transmésocolique
- isopéristaltique
- déclive, sur la grande courbure
- à 1 cm environ du pylore, ici, facilement identifiable

- sur anse courte (au sommet de la première anse jéjunale sur son bord libre anti-mésentérique)
- et surtout de largeur suffisante comprise entre 8 et 10 cm au plus
- exécutée au nylon fin 0 aux points séparés extra-muqueux (Jourdan)

6°) Fermeture de la laparotomie

a été faite habituellement en plusieurs plans au fil non résorbable.

IV - MODALITES POST-OPERATOIRES

La condamnation de la vagotomie comme indication de l'ulcère duodéal compliqué de sténose pylorique vient des accidents constatés à partir du post-opératoire.

A - LA SURVEILLANCE POST-OPERATOIRE IMMEDIATE

- Dans tous les cas, elle a été simple et nous osons le dire unifiirmément banale.

a) Le malade quitte la salle d'opération avec la sonde gastrique (simple tuyau de perfusion portant une douzaine de trous) que l'on branchera immédiatement au bocal d'aspiration à une dépression douce (trop forte le tube s'accôle à la paroi gastrique).

Cette aspiration, qui s'est toujours voulue continue dans tous les cas a été discontinue pour plusieurs raisons :

- Manque de sonde appropriée,
 - de personnel surveillant la bonne marche de l'aspiration qui se bouche souvent,
 - pour peu que les lavages gastriques pré-opératoires n'aient pas été efficaces ou que le malade ait discrètement mangé avant l'intervention.
- Pas toujours efficace donc, peut-être même pas toujours nécessaire
- Le liquide d'aspiration n'a jamais dépassé 500 cc. (avec les réserves pré-citées)
- de toutes façons, cette aspiration douce a toujours été maintenue jusqu'aux

b) Premiers gaz

- Chez tous les opérés nous avons observés un retard à l'évacuation (entre 3 et 5 j) des gaz. Mais habituellement 4 j.

- Certains opérateurs attachent beaucoup d'importance à ce retard en faisant le reflet de la bonne exécution de la vagotomie.

- Le retablisement du transit fut dans tous les cas sans incident ni accident avec la survenue de la première selle dans la nuit ou le lendemain de l'émission des gaz.

c) La réanimation parentérale

est un point capital; peut-être même c'est ici surtout que se situe la prévention des accidents ou incidents.

- Un ionogramme sanguin est fait habituellement la veille pour servir de base à la réanimation des premières 24 h.

- En arrivant de la salle d'opération au post-opératoire la réanimation est mise en route immédiatement comportant :

1°) Une réhydratation massive

de trois à trois litres et demi.

Ces normes ont toujours été appliquées réparties en glucosé isotonique, salé isotonique, trophysan, en quantités relatives variant selon les opérateurs.

2°) Les électrolytes :

- sodium : 12 à 18 g/
 - potassium : 6 à 7,5 g/
- sous forme de chlorures.

Pour les jours suivants, selon les valeurs du ionogramme sanguin seul, ou, pour certains opérateurs complétés par le décompte de la déperdition par :

- le liquide d'aspiration
- les urines.

3°) La vitaminothérapie (en perfusion)

- complexe du groupe B
- vit. C 2 g

4°) Médications adjuvantes : I.M.

L'ulcère restant en place la plupart des opérateurs prescrivent :

- Oxyferriscorbone sodique à raison de 2 flacons/j
- Atropine :

2 ampoules/j (un demi milligramme) sous forme de sulfate d'atropine.

(A-t-elle été intéressante par son action au niveau de la synapse post-ganglionnaire pour éviter l'hypersécrétion des futures complications?)

d) Pendant toute la durée de l'aspiration et de la réanimation, aucune alimentation, même liquide, n'est permise au malade.

e) L'alimentation est reprise dès les premiers gaz et la suppression de l'aspiration :

- toujours liquide pendant 2 jours, prudente, faite de bouillons salés, de tisanes sucrées.
- la réanimation parentérale est poursuivie à raison de 1,5 l de glucosé isotonique comportant :
 - sodium : 4 à 6 g
 - potassium : 3 à 3,5 gsous forme de chlorures avec la même vitaminothérapie.

- Elle sera suivie par ionogramme pendant ces deux jours.

- Ce n'est donc qu'au 3e jour de la reprise du transit que le malade est autorisé à prendre : purée - yaourghs
viande hachée,
toujours progressivement et en quantités sub-habituelles.

f) Pendant toute la durée de séjour au post-opératoire variant entre 5 à 8 jours (selon les commodités d'un petit post-opératoire d'un service à gros débit), la courbe des urines a été dressée et l'azotémie vérifiée :

- Dans tous les cas le volume des urines était normal
- L'azotémie a chuté au 2e, 3e jour pour atteindre des taux normaux chez tous les patients possédant une azotémie pré-opératoire élevée
- Dans un cas elle est restée à 1,25 g sans en descendre depuis 8 ans, chez un malade âgé aujourd'hui de 66 ans.

Au total, au sortir du post-opératoire, aucun des opérés n'a nécessité d'être réaspiré ou réanimé.

Nous n'avons pas observé de gastropylgie qui se soit manifestée sur le plan clinique ou toute manifestation rétentionnelle qui ait incommodé nos opérés à la reprise de l'alimentation normale.

g) La durée de l'hospitalisation a été en moyenne de 13 jours.

V - SUITES IMMEDIATES

Tous les malades ont été revus dans le mois qui a suivi l'intervention.

Il a été précisé en général :

- une reprise nette de l'état général
- une disparition des douleurs et des vomissements
- une reprise de l'appétit

La plupart ont repris leur travail au bout de un mois rarement après un mois et demi.

Cette série, en ce qui concerne les 68 cas de sténoses sévères opérées par vagotomie, s'échelonne entre 1960 et 1967 à l'hôpital Thameur.

Nous avons effectué notre internat en chirurgie dans cet hôpital depuis 1965 jusqu'en décembre 1968 plusieurs de ces cas sont aussi des cas personnels.

Depuis 1967 plusieurs dizaines de sténoses sévères ou pas ont été sanctionnées de vagotomie complétée de gastro-entérostomie habituellement, parfois aussi d'antrectomie (BILLROTH I quand cela était possible ou BILLROTH II le plus souvent).

Nous pouvons affirmer que toutes les vagotomies avec gastro-entérostomies ont eu les mêmes suites simples.

Nous avons le souvenir d'un malade qui, à la reprise de l'alimentation liquide, a subitement présenté :

un gros métécrisme abdominal avec dyspnée, sueurs, angoisse, et qui a nécessité d'urgence une mise en aspiration et réanimation hydro-électrolytique avant que tout ne rentre dans l'ordre.

C'était une vagotomie complétée par une antrectomie terminée à la BILLROTH I.

Oedème de l'anastomose gastro-duodénale ?

Gastroplégie aiguë ?

Viscéroplégie aiguë ?

Tels étaient les faits !

VI - RESULTATS ELOIGNES

Tous les patients de cette série n'ont pas répondu à notre appel ou même nous n'avons même pu les joindre.

25 opérés sur 68 ont été revus et ce sont ces 25 cas que nous analyserons.

CLINIQUEMENT

Nous avons interrogé les malades suivant le schéma ci-dessous :

- 1°) Disparition ou persistance ou réapparition des douleurs
- 2°) Cessation des vomissements, du ballonnement pré-opératoire
- 3°) Régime limitatif ou habituel
- 4°) Reprise du poids de l'état général
- 5°) L'état du transit
- 6°) Leur opinion sur l'intervention.

Nous préciserons le recul que nous avons pour les malades au moment où ils ont été revus

- revus au bout de quelques mois à 1 an	10 malades
- " " 2 ans	2 "
- " " 3 ans	6 "
- " " 4 ans	3 "
- " " 5 ans	2 "
- " " 8 ans	1 "
- " " 9 ans	1 "

Tableau IV donnant le recul après intervention

1°) Les douleurs

Elles ont disparu dans les suites de tous nos opérés.

Cependant chez 3 des malades entrant dans les catégories revus après 5 ans (I) et ceux après 8 et 9 ans, nous avons retrouvé l'existence récente de petites douleurs épigastriques post-prandiales sans autres caractères.

Les radiographies n'ont rien montré.

N.B. - Ces malades ont été revus au milieu du mois de Ramadan et ils avaient jusque là jeûné.

2°) Les vomissements

Aucun malade n'a fait état de vomissement ou de nausées incommodes.

Au contraire leur disparition était notée avec soulagement par chacun des malades.

2 patients cependant se sont plaints de ballonnements post-prandiaux

- l'une a reconnu spontanément que cela était après des repas inhabituels fort copieux

- l'autre, boucher de profession, avoue ne rien se refuser.

Tous deux ont fait le jeûn de Ramadan.

3°) Le régime

- Rares ont été les malades qui se sont astreints à une certaine discipline de régime.

- La plupart avaient un régime voisin ou identique à celui des anciennes habitudes culinaires orientales usant d'épices et de condiments à fortes doses.

4°) Reprise du poids et de l'état général

Reprise de poids	Nombre de malades
- inchangé	3
- gain inférieur à 5 kg	3
- gain entre 5 et 10 kg	8
- gain entre 15 et 20 kg	2
- gain entre 20 et 25 kg	1

Tableau V montrant la répartition des tranches
ou reprise de poids

- Intentionnellement, nous n'avons pas fait figurer sur ce tableau V, huit des opérés, bien que disant avoir pris du poids; leurs observations ne portaient pas d'indications chiffrées de leurs poids respectifs avant l'intervention.

- Quant à l'état général il s'est amélioré de façon nette chez tous les malades revus.

5°) Le Transit

a été déclaré habituel.

Aucune survenue de diarrhée n'a incommodé les malades à moins que sa brièveté n'ait pas retenu leur attention.

Par contre 3 de ces malades, très constipés avant l'intervention, se sont trouvés améliorés.

L'état du transit pré-opératoire de ces malades n'ayant pas été objectivement apprécié il nous a paru préférable d'insister sur la valeur habituelle ou pas du transit.

6°) L'opinion des malades

L'impression uniformément commune est d'avoir été transformés par l'intervention.

Cependant un patient revu au bout de 9 ans encore jeune, âgé de 32 ans, maintenant, bien que reconnaissant la transformation radicale de sa vie depuis l'intervention, ne montrait pas le même enthousiasme que les autres patients.

La raison en était une revendication socio-professionnelle qu'il pensait - soutirer de son intervention, qu'il croyait avoir été mutilante .

Nous n'avons pas orienté nos questions pour retrouver un "dumping syndrom" Mais spontanément 2 opérés ont fait état de :

- vertiges
- sueurs

après un repas ou au cours de certains repas.

Cet état a été considéré par les 2 patients comme passager et mineur.

RADIOLOGIQUEMENT

Nos 25 opérés ont subi après cet examen clinique un transit oesogastrique baryté :

- techniquement :

- seulement debout
- sans et avec compression
- en essayant de visualiser au mieux l'anastomose gastro-jéjunale

- appréciant :

- le volume technique
- l'amélioration de la vidange gastrique

- recherchant :

- un ulcère peptique
- une complication d'un autre type.

Les résultats :

Tout d'abord, malgré nos conseils, beaucoup de nos malades avaient pris un petit déjeuner avant l'examen baryté, nous l'avons quand même pratiqué de peur de ne plus revoir les malades.

a) Les complications

- il nous a été donné deux fois de rechercher un ulcère peptique guidé par la clinique.
- Dans toute notre série la recherche a été négative.
- Nous n'avons pas retrouvé d'ulcère gastrique associé.

b) Les modifications

Certains malades ont eu des radiographies dans les 3 premières semaines au premier mois de l'intervention.

Nous avons noté :

- 1°) La disparition de l'image en forme d'outre remplie de l'estomac qui s'affine tandis que le bas fond remonte sensiblement
- 2°) Le passage immédiat de la baryte dans l'anastomose antro-jéjunale puis dans le grêle.

Ce passage est actif, rythmé, animé, rapide, bien visible sous écran de télévision et bien dessiné par la progression des plis antro-jéjunaux.

Plus tardivement nous avons été amené à constater :

- 1°) L'amélioration considérable et impressionnante du volume gastrique dans tous les cas et d'autant mieux que l'estomac était au petit bassin.
- 2°) La vidange gastrique était efficace dans tous les cas dans l'immédiat. A l'ingestion la baryte après avoir dessiné le contour gastrique filait dans le grêle dont les plis progressaient à un rythme rapide.
- 3°) Chez certains malades, nous avons eu la surprise de voir le duodénum reperméabilisé, un certain temps, après le passage jéjunal et ce dans 2 cas.

DISCUSSION

La sténose du pylore est une complication commune de l'ulcère duodénal en Tunisie, souvent accompagnée de complications ou cause de ces complications (gastrite hémorragique).

L'état des malades avant l'intervention, assez précaire, justifie l'intervention la moins mutilante. Les risques immédiats et fonctionnels éloignés des interventions mutilantes sont trop lourds pour une affection histologiquement bénigne.

Plusieurs auteurs font état de série où la rétention gastrique se retrouve plus après vagotomie et drainage qu'après gastrectomie ou hémigastrectomie et vagotomie.

- BERGIN and JORDAN (1959) : sur 32 vagotomies effectuées notent 8 rétentions gastriques de plus de 10 jours. Rien dans les gastrectomies.
- KRAFT et Al (1964) :

Tableau VI : (°/° de stase post-opératoire)

	avec sténose	sans sténose
Gastrectomie	0 °/°	3 °/°
Hémi-gastrec. + V	9 °/°	9 °/°
V + Drainage	27 °/°	5 °/°

A noter que la stase gastrique se retrouve dans les interventions avec et sans vagotomie avec un pourcentage plus élevé pour les gastrectomies pour ulcère duodénal sans complication sténotique.

Le plus haut pourcentage étant pour les vagotomies avec drainage faites pour sténoses par ulcère duodénal.

Ce qui nous permet de faire la remarque suivante avec MIALARET (1964) :

" Si l'on décide de pratiquer une vagotomie la dérivation par gastro-entérostomie juxta-pylorique semble préférable à la pyloroplastie".

Pour SMITH (1964) cependant l'attitude est plus poussée :

" Je crois que les cas les plus satisfaisants que nous ayons opérés sont les patients possédant une sténose.

Nous n'avons pas rencontré le problème de l'atonie gastrique et nous croyons que l'intervention conservatrice vagotomie et pyloroplastie est applicable aux ulcères duodénaux aigus ou chroniques d'évolution obstructive".

Pour ELLIS et Al (1966) :

" La vagotomie associée à un drainage gastrique loin d'être une contre-indication est un traitement de choix de l'ulcère duodénal compliqué de sténose du pylore".

Pour CHALNOT et Al (1964) :

" L'impression de la vagotomie dans les sténoses ulcéreuses du pylore est spécialement encourageante".

En Tunisie la vagotomie est devenue un geste banal, quotidien dans la thérapeutique des ulcères duodénaux résistants au traitement médical ou ayant évolué d'une façon aiguë ou chronique sur le mode obstructif.

Nous consentons l'intervention mutilante au minimum utile (antrectomie) sur les critères suivants :

- bon état général
- niveau social élevé
-

- patient intelligent et pouvant comprendre les aléas et les avantages de la mutilation consentie
- enfin si les tests d'acidité l'exigent, mais toujours associée à la vagotomie.

Dans les sténoses rarement l'un de ces critères est retrouvé seul ou associé à un autre. Le vrai problème de la sténose est sa prévention par des exigences où est impliqué le couple médecin-malade.

C O N C L U S I O N S

La vagotomie, intervention simple, se doit d'occuper, de plus en plus, dans le traitement de l'ulcère duodénal, la place de choix que les interventions mutilantes devraient lui céder.

Elle se doit de gagner le droit de citer dans les thérapeutiques chirurgicales de l'ulcère duodénal compliqué de sténose pylorique et de ne plus être bannie comme contre-indication même relative.

En effet, dans l'immense majorité des cas, les suites d'une vagotomie associée à une opération de drainage sont simples et le surprenant est, peut-être, que les accidents de viscéroplégie aiguë, tant redoutée, ne soient pas si fréquents.

Malgré la sévérité de la sténose et de la stase pré-opératoire, nous n'avons eu que des suites opératoires uniformément simples.

Nous estimons que l'atonie gastrique, favorisée par l'hypomobilité consécutive à la vagotomie et à l'hypotonie par étirement des fibres musculaires, dépend dans la majorité des cas :

- de la qualité fonctionnelle du procédé de drainage
- de la rééquilibration exacte et assidue de la balance hydro-électrolytique et protéique
- de la prudence du passage de la diète complète à un régime liquide puis progressivement consistant.

Quant aux résultats à long terme, bien que, établis sur une petite série, concordent pour être uniformément satisfaisants, avec celles de plusieurs auteurs ayant employé les mêmes méthodes.

Cliniquement : en ramenant un confort abdominal tant désiré par le malade et une vie sociale rapidement normale;

radiologiquement : en constatant un volume gastrique normal, une tonicité et une vidange gastro-intestinale efficaces;

le chirurgien ne peut que se féliciter de l'introduction dans l'arsenal thérapeutique, de la vagotomie avec drainage qui, loin d'être une contre-indication dans l'ulcère duodénal compliqué de sténose pylorique, est un traitement de choix.

Vu, le Président de thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

J.L. LORTAT-JACOB

G. BROUET

Vu et permis d'imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

BERGIN W.F., JORDAN P. H. J^r. -

Gastric atonia and delayed gastric emptying after vagotomy for abstracting ulcer.

Amer. J. Surg. 1959, 98, 612-616.

BLOCH C.L., WOLF B.S.-

The gastroduodenal channel after pyloroplasty and vagotomy. A cinéradiographic study.

Radiology. 1965 84. 43. 51.

BURGE H., PICK E. J.-

Long-term results of vagotomy and gastro-enterostomy chronic duodenal ulceration.

Brit. med. J. 1958, I., 613-615.

CAPPER W.M. -

Post-vagotomy gastric atony. Med. Annu, 54

CHOCOLAC J.-

L'influence de la vagotomie sur le tonus, le péristaltisme et l'évacuation gastrique.

Acta gastro-ent. Belg. 1966 29, 83. 99.

CHALNOT P., MATHIEU P., MASSE.-

Indications de la vagotomie dans certains cas particuliers.

Ed. l'Expansion Paris 1964 365-373.

DRAGSTEDT L.R., HARPER P.V., Jr TOWEE E.B. and WOODWARD E.R.- 1947.

Section of the vagus nerve to the stomach in the treatment of peptic ulc.
Complications and end results after four years.

Ann. Surg. 126 687 - 708.

ELLIS H. STARER F. VENABLES C. WARE C.-

Clinical and radiological study of vagotomy and gastric drainage in the
treatment of pyloric stenosis due to duodenal ulceration.

FEGGETTER G. Y. and PRINGLE R. 1965.-

The relationship between the severity of duodenal ulceration and the
results of bilateral vagotomy and gastro-jejunostomy.

British. J. Surg. 52, 691-693.

KIEKENS R., L. ENGELHOLM., J.P. GOVAERTS., N. DUMONT et A. HERMANUS.-

Suites fonctionnelles de la vagotomie, aspects radiologiques post-opé-
ratoires.

Acta gast. Ent. Belgica 1968, 31 288-296.

KRAFT. R.O., FRY W.J.; DEWEESE M.S.-

Post-vagotomy gastric atony.

Arch. Surg. 1964, 88, 865-874.

MIALARET J. -

Indications et contre-indications de la vagotomie dans le traitement
chirurgical de l'ulcère duodénal.

Strasbourg Med. 1964, 15, 539-548.

MIALARET J., EDELMAN G.-

Accidents et séquelles de la vagotomie.

Acta Gast. Ent. Belg. 1963 26, 148.

OLIVIER Cl.-

Indications chirurgicales dans l'ulcère duodénal.

Journal de chirurgie Nov. 1963 86 N°5 493-516.

ROUX M.-

Les accidents de la vagotomie leur prévention et leur traitement.

Strasbourg Med. 1964. 15, 619-629.

ROUX M.-

Accidents de viscéroplégie digestive post-opératoire.

Pathogénie, clinique, thérapeutique.

Acta. Gast. Ent. Belg. 1968 31 281-286.

SMITH G.K.-

Personnal communication dans discussion de KRAFT.
Arch. Surg. 1964 88, 872.

WEINBERG J., KRAUS. A.K., STEMPIEN S.J., WILKINS F.B.-

Vagotomy in the treatment of duodenal ulc.
Arcy. Surg. 1951, 62 - 161.

oOo

